

REFERENTIELS

Polype dégénéré ●●●

Ce référentiel, dont l'utilisation s'effectue sur le fondement des principes déontologiques d'exercice personnel de la médecine, a été élaboré par un groupe de travail pluridisciplinaire de professionnels des réseaux régionaux de cancérologie du Grand Est regroupant les réseaux CAROL (Alsace), ONCOLIE (Franche Comté) et ONCOLOR (Lorraine), conformément aux données acquises de la science au **22 octobre 2010**. Ce référentiel fera l'objet d'une mise à jour annuelle prenant en compte les recommandations nationales de pratique clinique.

▶ Généralités

▶ Critères RCP

▶ Prise en charge

▶ Surveillance

Date de révision : **22 octobre 2010**

■ Généralités

- ▶ Ce référentiel propose la conduite à tenir en présence de **polypes dégénérés du côlon** ([en dehors des formes familiales](#)). Pour les polypes dégénérés du rectum, se référer au [référentiel cancer du rectum](#).
- ▶ Par **définition**, le polype dégénéré correspond à un adénome transformé : il s'agit d'un adénome présentant un foyer localisé ou étendu d'adénocarcinome.
- ▶ Sur le plan anatomopathologique, le contingent adénocarcinomateux doit être gradé selon le grading de la **classification OMS 2000** : bien (grade I), moyennement (grade II), peu différencié (grade III), ou indifférencié (grade VI) en prenant en considération le contingent le moins différencié. Les adénocarcinomes mucineux (colloïde) ou à bague à chaton sont considérés de principe comme peu différenciés.
- ▶ En cas de doute, une **seconde lecture** est souhaitable.

REFERENTIELS

Polype dégénéré ●●●

▶ Généralités

▶ Critères RCP

▶ Prise en charge

▶ Surveillance

Date de révision : 22 octobre 2010

Prise en charge

Tis : Tumeur intraépithéliale ou envahissant la lamina propria (intramuqueuse) sans extension à la sous-muqueuse à travers la muscularis mucosae

- ▶ **polypectomie** endoscopique suffisante si exérèse complète

T1 : Tumeur **invasive** envahissant la sous-muqueuse sans la dépasser

▶ **Si polype pédiculé**

- ▶ **polypectomie suffisante** si tous les critères suivants sont réunis :

- exérèse et examen anatomopathologique complet (à partir de l'axe médian passant par le pédicule et intéressant obligatoirement la base d'implantation)
- cancer bien ou moyennement différencié (grade histologique I ou II)
- absence d'embolie vasculaire caractéristique
- absence de cellules carcinomateuses isolées ou en amas de moins de 5 cellules au delà du front d'invasion (tumor budding)
- marge de sécurité > 1mm

- ▶ **En l'absence d'un de ces critères ou si histologie défavorable (grade III, peu différencié) : colectomie** dans les règles carcinologiques nécessaire. Au préalable, réaliser un repérage et un marquage du site d'exérèse par clips métalliques.

▶ **Si polype sessile, adénome plan et autres cas :**

(cf [classification de Paris](#))

▶ **T1 sm1** (envahissement du premier tiers (superficiel) de la sous-muqueuse : risque d'envahissement ganglionnaire de 0 à 1 %)

● Traitement endoscopique suffisant après discussion en RCP et information du patient, si :

- Exérèse et examen anatomopathologique complet
- Cancer bien ou moyennement différencié
- Absence d'embolie lymphatique ou veineux
- Marge de sécurité > 1 mm
- Absence de cellules carcinomateuses isolées ou amas de moins de 5 cellules au-delà du front d'invasion (tumor budding)

● En l'absence d'un de ces critères, colectomie segmentaire à visée carcinologique nécessaire pour curage ganglionnaire

▶ **T1 sm2** (envahissement du deuxième tiers (intermédiaire) de la sous-muqueuse : risque d'envahissement ganglionnaire d'environ 6%)

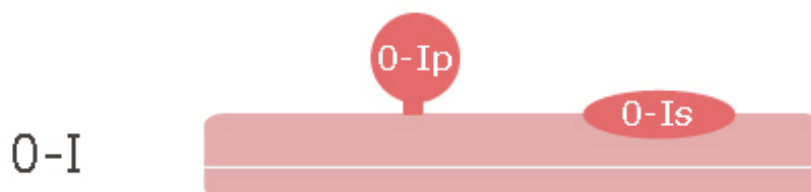
et

▶ **T1 sm3** (envahissement du troisième tiers (inférieur) de la sous-muqueuse : risque d'envahissement ganglionnaire > à 14%) :

■ Colectomie segmentaire à visée carcinologique nécessaire car risque d'envahissement ganglionnaire élevé.

Classification de Paris

Classification morphologique

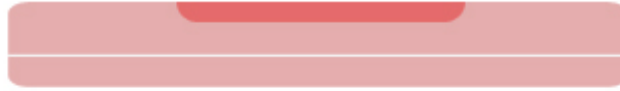


● **0.Ip** : lésion en relief, pédiculée

● **0.Is** : lésion en relief, sessile

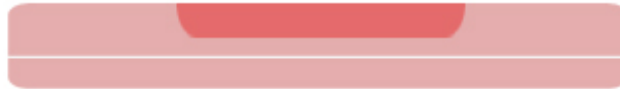


0-II b



- **0.IIa** : lésion plane légèrement surélevée, la hauteur étant inférieure à la hauteur des cuillers d'une pince à biopsie fermée (2,5 mm)
- **0.IIb** : lésion plane non surélevée, repérable par son caractère dyschromique

0-II c



- **0.IIc** : lésion plane légèrement déprimée

0-III



- **0.III** : lésion creusante

Classification histologique

- **m1** : intra épithélial (= *in situ*)
- **m2** : atteinte de la lamina propria
- **m3** : atteinte de la musculaire muqueuse
- **sm1** : atteinte du premier tiers (superficiel) de la sous muqueuse
- **sm2** : atteinte du 2ème tiers (intermédiaire) de la sous muqueuse
- **sm3** : atteinte du 3ème tiers (inférieur) de la sous muqueuse

▶ **L'exérèse endoscopique** s'adresse aux adénomes pédiculés dont l'ablation totale est possible, et aux polypes sessiles dont la base d'implantation permet l'ablation en 1 temps.

▶ Après exérèse endoscopique, le pédicule ou la base de l'adénome est dans la mesure du possible repéré par un **marquage à l'encre de Chine** (ou à défaut par une aiguille) par l'endoscopiste avant transmission à l'anatomopathologiste.

▶ **L'examen anatomopathologique** doit être effectué sur des coupes sagittales à partir de l'axe médian passant par le pédicule et intéressant dans la mesure du possible la base d'implantation.



REFERENTIELS

Polype dégénéré ● ● ●

▶ Généralités

▶ Critères RCP

▶ Prise en charge

▶ Surveillance

Date de révision : 22 octobre 2010

■ Informations minimales pour présenter un dossier de polype dégénéré en RCP

- ▶ Données démographiques
- ▶ Médecin correspondant, date, lieu du diagnostic
- ▶ **Index OMS**
- ▶ **Comorbidités** du patient
- ▶ **Antécédents** familiaux de cancer
- ▶ Compte-rendu **d'endoscopie** précisant le type de polype selon la classification de Paris et la localisation précise du polype
- ▶ Compte-rendu **anatomopathologique** : liste des éléments minimaux à trouver sur le CR d'anatomopathologie
 - degré de différenciation tumorale
 - présence d'envahissement veineux et/ou lymphatique
 - qualité de l'exérèse (marge de sécurité)
 - présence de cellules carcinomateuses isolées ou en amas de moins de 5 cellules au-delà du front d'invasion (*tumor budding*)
 - profondeur de l'envahissement de la paroi (pTis ou pT1 et, si possible, classification histologique de Paris).

REFERENTIELS

Polype dégénéré ●●●

▶ Généralités

▶ Critères RCP

▶ Prise en charge

▶ Surveillance

Date de révision : 22 octobre 2010

Surveillance

▶ En cas de **résection endoscopique** :

● **pTis**

- **exérèse complète** : contrôle endoscopique à 3 ans
- **exérèse incomplète** : contrôle endoscopique à 3 mois puis à 3 ans si coloscopie normale

● **pT1** : contrôle à 3 mois puis à 3 ans si coloscopie normale

▶ Si **chirurgie** :

- coloscopie à 3 ans (cf [coloscopie dans la surveillance après cancer du côlon](#)).

Références :

▶ Haggitt RC , Glotzbach RE , Soffer EE , Wruble LD.

Prognostic factors in colorectal carcinomas arising in adenomas: implications for lesions removed by endoscopic polypectomy.

[Gastroenterology 1985; 89: 328-36.](#)

▶ Conférence de consensus. Prévention, dépistage et prise en charge des cancers du côlon.

[Gastroenterol Clin Biol 1998; 22: 205-226.](#)

▶ Cooper HS, Deppisch LM, Gourley WK *et al.*

Endoscopically removed malignant colorectal polyps: clinicopathologic correlations.

[Gastroenterology 1995; 108: 1657-65.](#)

▶ Ueno H, Mochizuki H, Hashiguchi Y *et al.*

Risk factors for an adverse outcome in early invasive colorectal carcinoma.

[Gastroenterology 2004; 127: 385-94.](#)

▶ Endoscopie digestive basse : indications en dehors du dépistage en population

[Recommandations pour la pratique clinique. ANAES, avril 2004.](#)

▶ Hori H, Fujimori T, Fujii S, *et al.*

Evaluation of tumor cell dissociation as a predictive marker of lymph node metastasis in submucosal invasive colorectal carcinoma.

[*Dis Colon Rectum* 2005; 48:938-45.](#)

Copyright, Oncolor 2010